**Załącznik Nr 1**

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY – DEKLARACJA UCZESTNICTWA
W PRACACH KOMISJI KONKURSOWEJ**

|  |
| --- |
| **Dane dotyczące kandydata na członka Komisji** |
| **1.** | **Imię i nazwisko kandydata** |  |
| **2.** | **Adres do korespondencji** |  |
| **3.** | **Adres e-mail** |  |
| **4.** | **Telefon kontaktowy** |  |
| **5.** | **Krótka charakterystyka posiadanego doświadczenia**  |  |
| **Dane organizacji lub podmiotu zgłaszającego kandydata** |
| **1.** | **Nazwa, adres organizacji/podmiotu (nr KRS)** |  |
| **2.** | **Adres e-mail** |  |
| **3.** | **Osoby uprawnione do reprezentacji organizacji/podmiotu** | **Imię i nazwisko** | **funkcja** | **Czytelny podpis** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **………………………………………………………….**(czytelny podpis prezesa/przewodniczącego organizacji) |
| **Oświadczam, że:**1. **Wyżej wymienione dane są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.**
2. **Zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (t.j. Dz. U. 2016 r. poz. 922 z późn. zm.). wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb wyboru do udziału w komisji konkursowej do opiniowania ofert  w otwartym konkursie ofert na realizacje zadań publicznych ogłaszanych w ramach działań Departamentu Ochrony Zdrowia**
 |
| **……………………………………………..**(czytelny podpis kandydata) |